



tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AP



361486
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/11/08 11/20	4-Data de Autorização 11/11/11/20	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 361486	7-Data Validade da Senha 11/11/11/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0002021507394400026001	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SIND TRAB DA EDUC BASICA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome DOUGLAS BARBOSA SOUSA	14-Teléfono 29/10/1980	15-Data Validade da Carteira 11/11/11/11	16-Data Validade da Carteira 11/11/11/11	17-Data Validade da Carteira 11/11/11/11	18-Data Validade da Carteira 11/11/11/11
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante VIVIAN CARLA DE FELICIO	18-Número no CRO 43558	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 01780120913899	22-Nome do Contratado Execuinte VIVIAN CARLA DE FELICIO	23-Número no CRO 43558	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante VIVIAN CARLA DE FELICIO	27-Número no CRO 43558	28-UF SP	29-Código CBO S		
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rigido	34-Fase	35-Ord
1-001811000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	3400	
2-111111111111					
3-111111111111					
4-111111111111					
5-111111111111					
6-111111111111					
7-111111111111					
8-111111111111					
9-111111111111					
10-111111111111					
11-111111111111					
12-111111111111					
13-111111111111					
14-111111111111					
15-111111111111					
43-Data Previsto Término do Tratamento					
11/11/11/11	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Tratamento	46-Tipo de Faturamento	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
	1-Tratamento Odontológico	2-Exame Radiológico	3-Ortodontia	4-Urgência/Emergência	
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.					
49-Observação					
50-Data, Assinatura e Assinatura do Profissional Solicitante					
51-Data, Assinatura e Assinatura do Profissional Assistente					
52-Data, Assinatura e Assinatura do Profissional Contratado					
53-Data, Assinatura e Assinatura do Profissional Contratado					